

웨이버 평가 면담 설문 조사
Waiver Assessment Meeting Survey

보다 나은 서비스를 위해 여러분의 도움이 필요합니다.

잠시 시간을 내어 케이스 매니저와 최근에 하신 면담에 관한 설문에 답해 주시기 바랍니다. 이 설문지를 작성한 후 받는 사람 주소와 우표가 부착된 회신용 봉투에 넣어 다시 보내주십시오. 귀하의 답변 내용은 익명으로 처리되며, 보다 나은 서비스를 제공하는 데 도움이 될 것입니다. 각 질문에 대해 귀하의 답변을 가장 잘 기술한 네모 칸에 체크 표시해 주십시오.

번호	(1) 예	(2) 아니오	(3) 확실	DDD 평가 및 지원 계획 면담 설문 조사
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	면담 장소에 함께 할 사람을 선택할 기회가 주어졌습니까?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하가 현재 받고 있는 서비스에 대해 염려되는 사항이 있는지 케이스 매니저가 질문했습니까?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하의 새로운 지원 플랜에는 귀하가 염려하는 사항들이 다뤄지고 있었습니까?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	평가를 거친 귀하의 필요 항목들을 충족하기 위해 웨이버 프로그램의 어떤 서비스를 이용할 수 있는지 알려주었습니까?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하에게 필요한 것으로 확인된 항목들을 충족시키기 위해 웨이버 프로그램에서 선택할 수 있는 서비스들을 알려주었습니까?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	서비스 제공자를 선택할 수 있는 기회가 제공되었습니까?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하의 플랜을 작성할 때 귀하의 개인적 목표에 대한 논의가 있었습니까?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하가 건강에 대해 염려하는 사항들이 만족스럽게 처리되고 있다고 생각합니까?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하가 안전에 대해 염려하는 사항들이 적절하게 처리되고 있다고 생각합니까?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	지진 또는 기타 자연 재해 등과 같은 비상사태 계획에 관한 정보를 받았습니까?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	다음 평가 전에 변경이 필요하면 누구에게 연락해야 하는지 알고 있습니까?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DDD 에서 결정한 사항에 대해 항소할 권리가 있다는 것을 알고 있습니까?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	귀하가 DDD 의 결정 사항에 동의하지 않는 경우, 귀하의 지원 플랜의 서비스 결정 사항에 대해 항소하는 데 있어서 계획 조치 통지서(PAN)를 사용하는 방법을 케이스 매니저가 설명했습니까?

14. 면담 시 잘 수행된 사항 또는 귀하와의 면담을 개선할 수 있는 건의 사항이 있다면 아래에 제공된 빈 칸에 그 내용을 기재해 주십시오.

받는 사람 주소와 우표가 부착된 동봉한 회신용 봉투를 사용하여 반송하거나 아래 주소로 보내주시기 바랍니다.

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310